I Erläuterungen

Voraussetzungen gemäß KCBG und Abiturerlassen BG jeweils in der für den Abiturjahrgang geltenden Fassung

Standardbezug
Die nachfolgend ausgewiesenen Kompetenzbereiche sind für die Bearbeitung der jeweiligen Aufgabe besonders bedeutsam. Darüber hinaus können weitere, hier nicht ausgewiesene Kompetenzbereiche für die Bearbeitung der Aufgabe nachrangig bedeutsam sein, zumal die Kompetenzbereiche in engem Bezug zueinanderstehen. Die Operationalisierung des Bezugs zu den Kompetenzbereichen des Standardbezugs erfolgt in Abschnitt II.

Aufgabe	**Kompetenzbereiche**				
	K1	**K2**	**K3**	**K4**	**K5**
1.1		x			
1.2	x	x			
1.3	x			x	
1.4	x	x	x		
1.5		x			
1.6		x	x	x	
2.1		x			
2.2			x		x
2.3	x	x		x	
2.4	x	x			
2.5		x		x	

Inhaltlicher Bezug
Die nachfolgend ausgewiesenen Themenfelder sind die wesentliche inhaltliche Grundlage für die vorliegenden Aufgaben. Darüber hinaus können weitere, hier nicht explizit ausgewiesene Themenfelder für die Bearbeitung nachrangig bedeutsam sein.
Q1: Ambulante und stationäre Versorgung im deutschen Gesundheitssystem
Q3: Public Health und gesundheitsökonomische Evaluation
verbindliche Themenfelder: Ambulante Versorgung (Q1.1), „Neue“ Versorgungsformen (Q.1.3), Public Health, Gesundheitsziele, Prävention und Gesundheitsförderung (Q3.1)

II Lösungshinweise

In den nachfolgenden Lösungshinweisen sind alle wesentlichen Gesichtspunkte, die bei der Bearbeitung der einzelnen Aufgaben zu berücksichtigen sind, konkret genannt und diejenigen Lösungswege aufgezeigt, welche die Prüflinge erfahrungsgemäß einschlagen werden. Selbstverständlich sind jedoch Lösungswege, die von den vorgegebenen abweichen, aber als gleichwertig betrachtet werden können, ebenso zu akzeptieren.

Aufg.	**erwartete Leistungen**	**BE**		
		I	**II**	**III**
1.1	beschreiben Vier mögliche Gründe für die Erhöhung der Ausgaben der Krankenversicherungen sind zu beschreiben, bspw.: – demographischer Wandel Die Lebenserwartung nimmt zu und dadurch steigt der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung. Ältere Menschen verursachen im Vergleich zu jungen Versicherten überproportional hohe Gesundheitsausgaben für Behandlungen und Medikamente, auch weil ältere Menschen oftmals an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität) leiden. – medizinischer/technischer Fortschritt Der medizinische/technische Fortschritt führt auf der einen Seite zu Kosteneinsparungen (z.B. bei vielen minimalinvasiven Behandlungen) im Gesundheitssystem, auf der anderen Seite werden neue, teure Diagnose- und Behandlungsmethoden sowie Medikamente entwickelt. – Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung Die Zunahme von Volkskrankheiten, darunter chronische und damit dauerhaft behandlungsintensive Erkrankungen, z.B. Diabetes mellitus und Asthma, führt zu steigenden Gesundheitsausgaben. – gestiegene Preise für Leistungen des Gesundheitssystems Der Anstieg der Preise für die Leistungen des Gesundheitssystems im ambulanten und stationären Sektor und im Medikamentenbereich führt zu einem Anstieg der gesamten Gesundheitsausgaben. – gestiegenes Gesundheitsbewusstsein und Anspruchsdenken Das gestiegene Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung und ein höheres Anspruchsdenken führen zu einer erhöhten Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und damit zumindest kurzfristig zu steigenden Gesundheitsausgaben. – höhere Verwaltungskosten Der gestiegene bürokratische Aufwand bzw. umfangreichere Dokumentationspflichten führen zu höheren Ausgaben. – Erweiterung des Leistungskatalogs Die Aufnahme neuer Leistungen führt zu höheren Ausgaben. – Fehlanreize Fehlanreize im Vergütungssystem führen zu Mengenausweitungen.	4	4	
1.2	darstellen Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung (gesetzliche Krankenversicherung): – Die/der Versicherte sowie deren/dessen Arbeitgeberin/Arbeitgeber zahlen Beiträge (je zur Hälfte 14,6 % des Bruttolohns plus kassenindividueller, einkommensabhängiger Zusatzbeitrag) an die Krankenkasse, hierfür wird ihr/ihm von der Krankenkasse Versicherungsschutz gewährt und die elektronische Gesundheitskarte ausgehändigt. – Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt erbringt gegenüber der Kassenpatientin/dem Kassenpatienten ärztliche Dienstleistungen (z.B. diagnostische und therapeutische Leistungen, Gesundheitsberatung, Dokumentation) gegen Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte der/des Versicherten. Darüber hinaus kann sie/er weitere Leistungen veranlassen, die durch Dritte erbracht werden (Sekundärleistungen).			

Aufg.	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
	− Die Kassenärztliche Vereinigung handelt mit den Landesverbänden der Krankenkassen für ein Rechnungsjahr ein sektorales Budget (die sogenannte Gesamtvergütung) aus, durch die alle Leistungen der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte pauschal abgegolten werden. − Die von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt erbrachten Leistungen werden mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Berechnungsgrundlage sind die auf den Abrechnungen nachgewiesenen Einzelleistungen gemäß des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) unter Berücksichtigung des Regelleistungsvolumens.	3	3	
	Leistungs- und Finanzierungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung (private Krankenversicherung): − Die bzw. der Versicherte sowie ggf. deren bzw. dessen Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber zahlen risiko- und leistungsabhängige Prämien an die Krankenkasse, hierfür wird ihr/ihm von der Krankenkasse Versicherungsschutz gewährt und u.U. eine Versichertenkarte ausgehändigt. − Die Ärztin/der Arzt erbringt gegenüber der Patientin/dem Patienten ärztliche Dienstleistungen (z.B. diagnostische und therapeutische Leistungen, Gesundheitsberatung, Dokumentation). Darüber hinaus kann sie/er weitere Leistungen veranlassen, die durch Dritte erbracht werden (Sekundärleistungen). Ihre/seine Leistungen stellt sie/er der Patientin/dem Patienten auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung. − Die Patientin/der Patient begleicht die Rechnung, legt sie seiner Krankenkasse vor und erhält eine Erstattung.	2	2	
1.3	erklären Versicherungspflichtgrenze: Die Versicherungspflichtgrenze gibt das Bruttoeinkommen an, ab dem eine Arbeitnehmerin/ein Arbeitnehmer nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist und sich somit in der privaten Krankenversicherung versichern kann. Da Herrn Spohns Bruttojahresgehalt von 66.974,64 € über der Versicherungspflichtgrenze von 64.350 € liegt, darf er sich freiwillig gesetzlich oder privat versichern. Beitragsbemessungsgrenze: Die Beitragsbemessungsgrenze gibt den Höchstbetrag des Bruttoeinkommens an, von dem der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung berechnet wird. Der Teil des Bruttoeinkommens, der die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, bleibt für die Beitragsberechnung außer Acht. Da Herrn Spohns Bruttojahresgehalt von 66.974,64 € über der Beitragsbemessungsgrenze von 58.050 € liegt, wird sein Beitrag nur auf Basis der Beitragsbemessungsgrenze berechnet.		6	
	berechnen Monatlicher Arbeitnehmerbeitrag von Herrn Spohn 14,6 % + 1,5 % = 16,1 % 16,1 % : 2 = 8,05 % 4.837,50 € · 8,05 / 100 = 389,42 €	2		

Nicht für den Prüfling bestimmt

Aufg.	erwartete Leistungen	BE I	BE II	BE III
1.4	erläutern Vorteile – PKV-Patientinnen und -Patienten können aufgrund der im Normalfall besseren Vergütung für die Ärztinnen/Ärzte in der Regel von kürzeren Wartezeiten profitieren. – PKV-Patientinnen und -Patienten können in den Genuss umfangreicherer Leistungen kommen, für die GKV-Patientinnen und -Patienten extra zahlen müssen, wie z.B. die Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern oder Chefärztinnen- bzw. Chefarztbehandlungen. – In der PKV haben Patientinnen/Patienten keine Beitragssteigerungen aufgrund steigenden Einkommens oder wegen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu erwarten, da der Beitrag einkommensunabhängig ist und keine Beitragsbemessungsgrenze existiert. – Wenn PKV-Versicherte in einem Kalenderjahr keine Rechnungen einreichen, können sie je nach Tarif Beitragsrückerstattungen erhalten. – Privatversicherte können alle Ärztinnen bzw. Ärzte aufsuchen, gesetzlich versicherte Patientinnen bzw. Patienten werden – außer in Notfällen bzw. wenn sie die Kosten der Behandlung selbst übernehmen – nicht von Privatärztinnen bzw. Privatärzten behandelt. Nachteile – Nicht erwerbstätige Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner müssen extra versichert werden, in der GKV wären sie kostenlos mitversichert. – Auch Kinder müssen in der PKV extra versichert werden, während sie in der GKV kostenlos mitversichert sind. – PKV-Versicherte müssen mit zunehmendem Einstiegsalter mit hohen Beiträgen aufgrund des höheren Krankheitsrisikos rechnen. – Für PKV-Versicherte ist die Gefahr der Überversorgung gegeben, da vergleichbare Leistungen in der Regel besser vergütet werden und es keine Mengenbeschränkung in Form des Regelleistungsvolumens gibt. – Der Wechsel zwischen den privaten Krankenversicherungen ist mit ökonomischen Einbußen verbunden, da Alterungsrückstellungen nur begrenzt übertragen werden können. – PKV-Versicherte müssen i.d.R. zunächst in Vorleistung treten, bevor die PKV die Kosten erstattet. Dadurch entsteht zum einen ein finanzieller Nachteil und zum anderen ein bürokratischer Aufwand. – Der Wechsel zurück zur GKV ist nur bedingt möglich. – Während sich die Prämie nicht verringert, wenn die Versicherte bzw. der Versicherte in den Ruhestand/in die Pension geht, reduziert sich das Einkommen.		12	
1.5	herausarbeiten – Personenkreis der Versicherten: Gesamte Bevölkerung, also auch ehemals privat Versicherte wie z.B. Beamte, Selbständige und Besserverdienende mit einem jährlichen Bruttoeinkommen über der Versicherungspflichtgrenze. – Beiträge: Abhängig von Einkünften; Subventionierung von Versicherten, die sich keine Grundsicherung leisten können, aus Steuergeldern. – Grenzen: Abschaffung von Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze – Umfang der Leistungen: Medizinische Grundversorgung		6	

Aufg	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
1.6	diskutieren Folgen für private und gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten: Durch die Einbeziehung von privat Versicherten und damit tendenziell besser verdienenden sowie gesünderen Patientinnen und Patienten in die Bürgerversicherung würde die Einnahme- wie auch Ausgabestruktur der Krankenversicherung verbessert, sodass die Beiträge für die Krankenversicherung für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten sinken oder die Leistungen verbessert bzw. erweitert werden könnten. Durch den Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze kommt es aber auch für Besserverdienende aus der GKV zu Beitragserhöhungen. Für privat Versicherte würde sich das Prinzip der Beitragsbemessung weg von der Risiko- hin zur Einkommensabhängigkeit ändern. Tendenziell würden hiervon ältere, kranke bzw. einkommensschwächere Versicherte profitieren, während jüngere, gesunde bzw. einkommensstärkere Versicherte eventuell mit höheren Beiträgen rechnen müssten. Durch eine einheitliche Vergütung und einen einheitlichen Leistungskatalog entfielen für Ärztinnen bzw. Ärzte Anreize zu einer Bevorzugung bestimmter Patientengruppen (privat Versicherte), sodass sich die Wartezeiten und die Leistungserbringung angleichen würden. Dies würde bedeuten, dass sich für gesetzlich Versicherte kürzere Wartezeiten ergäben. Zudem würde für sie der Zugang zu Ärztinnen bzw. Ärzten (insbesondere zu Fachärztinnen/Fachärzten) erleichtert und zum Teil erst ermöglicht. Derzeit privat Versicherte müssten mit längeren Wartezeiten rechnen und es entfielen für sie durch die Angleichung des Leistungskatalogs bestimmte Leistungen. Dies könnte sich zum einen negativ auf die Versorgungsqualität auswirken, zum anderen aber würde die Gefahr der Überversorgung mit für die Behandlung überflüssigen und teuren Verfahren sinken. Zudem würde die Gefahr, die von gesundheitsgefährdenden Pseudo-Innovationen ausgeht, sinken, da diese i.d.R. nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen würden. In bestimmten Bereichen (z.B. Psychotherapie, Rehabilitation oder Palliativversorgung) könnten privat Versicherte sogar von dem dort umfangreicheren Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen profitieren. I.d.R. übernehmen die privaten Krankenversicherungen medizinische Innovationen frühzeitiger als die gesetzliche Krankenversicherung in ihre Leistungskataloge, d.h. die Bürgerversicherung könnte auch in dieser Hinsicht eine negative Auswirkung auf die Patientenversorgung haben. Bei der Bürgerversicherung könnten die Leistungen leichter auf eine minimale Grundversorgung reduziert werden, um Ausgaben zu senken. Weniger Leistungen hätten somit nicht nur privat Versicherte, sondern auch gesetzlich versicherte Patientinnen bzw. Patienten zu befürchten. Da eine Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger weniger umfangreiche Leistungen vorsehen könnte, als sie von der PKV angeboten werden, könnten sich viele Versicherte gezwungen sehen, private Zusatzversicherungen abzuschließen, sodass die Gesundheitsausgaben für einzelne Versicherte in der Summe auch höher ausfallen könnten.			

Aufg	erwartete Leistungen	BE		
		I	II	III
	Die Umlagefinanzierung würde bei einer steigenden Anzahl älterer Menschen und zugleich immer weniger aktiven Erwerbstätigen dazu führen, dass insbesondere nachfolgende Generationen stark belastet würden. In der PKV wird ein Teil der Beiträge für Altersrückstellungen verwendet, durch die der altersbedingte Anstieg von Gesundheitskosten gedämpft würde. Die Ärztedichte in strukturschwachen Regionen könnte steigen, da die Sogwirkung strukturstarker Gebiete durch einen erhöhten Anteil PKV-Versicherter entfällt.			11
	Folgen für Ärztinnen und Ärzte: Ärztinnen und Ärzte können ihre Einnahmesituation durch die Behandlung von Privatpatientinnen und -patienten deutlich verbessern, da der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) keine Mengenbegrenzung zugrunde liegt und der Steigerungsfaktor der Ärztin bzw. dem Arzt in gewissem Maße erlaubt, den Preis für ihre/seine Leistung selbst zu bestimmen. Zudem sind die Vergütungen für die erbrachten Leistungen i. d. R. höher als in der GKV. Eine Einführung der Bürgerversicherung ginge daher mit Einnahmeeinbußen für die Ärztinnen und Ärzte einher, es sei denn, die Honorarverluste würden in der Bürgerversicherung ausgeglichen werden. Die deutlich verschlechterte Einnahmesituation könnte dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzten die finanziellen Möglichkeiten fehlten, in anspruchsvolle und moderne Infrastruktur zu investieren. Ggf. könnten Praxen nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden und müssten somit geschlossen werden, was wiederum zu einer schlechteren Versorgung der Versicherten führen würde. Durch die Gleichbehandlung von Patientinnen und Patienten würde die Terminvergabe für Patientinnen und Patienten organisatorisch vereinfacht, weil Privatsprechstunden wegfielen. Allgemein entfiele für Ärztinnen und Ärzte das moralische Dilemma einer Entscheidung zwischen Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten. Die eigene Bewertung erfolgt prüflingsindividuell.			9
	Summe 64	**11**	**33**	**20**

Aufg.	erwartete Leistungen	BE I	BE II	BE III
2.1	beschreiben Acht Millionen Menschen leiden derzeit in Deutschland an Diabetes mellitus. Nach Hochrechnungen des Robert-Koch-Instituts werden bei mehr als 500.000 Neuerkrankungen pro Jahr in den nächsten 20 Jahren ein Anstieg auf bis zu zwölf Millionen Menschen mit Diabetes mellitus erwartet. Diabetes mellitus Typ 2 kann schwerwiegende Folgeschäden wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Netzhautschädigungen, Erblindung, Nierenschäden bis hin zur Dialyse hervorrufen. Die Amputationsrate beim Diabetischen Fuß ist hoch und die Lebenserwartung von Diabetes-Patientinnen und -Patienten geringer. Neben viel menschlichem Leid verursacht eine Diabetes mellitus Patientin bzw. ein Diabetes mellitus Patient 1,8-fach höhere Kosten als ein Mensch ohne Diabetes mellitus. Es entstehen mit den Folge- und Begleiterkrankungen von Diabetes mellitus in Deutschland Kosten von ca. 21 Milliarden Euro. Prävention kann dazu beitragen, dass Diabetes mellitus Typ 2 erst gar nicht auftritt und somit erhebliche (direkte, indirekte, intangible) Kosten vermieden werden. Zudem können nach Erkrankung Folgeschäden und somit auch Folgekosten deutlich verringert werden.	4	3	
2.2	darstellen – Eingeschränkte Einkommensverhältnisse erschweren die Möglichkeit eines gesunden Lebensstils. Ungesunde Ernährung wird vorgezogen, weil z.B. eine Tiefkühlpizza günstiger ist als Gemüse, für die Teilnahme in Sportvereinen oder Mitgliedschaften in Fitnessclubs fehlt häufig das Geld, sodass auch die Bewegung zu kurz kommt. – Mangels Bildung fehlt das Wissen über einen gesunden Lebensstil. So fehlt z. B. das Bewusstsein für Sport und ausgleichende Bewegung, es ist nicht hinreichend bekannt, welche Ernährung gesund bzw. ungesund ist bzw. wie gesunde Ernährung zubereitet wird. – Unsichere Beschäftigungsverhältnisse und damit einhergehende existenzielle Ängste und ein oftmals physisch wie psychisch belastendes Arbeitsumfeld begünstigen z. B. überkalorische Ernährung.	3	3	
2.3	beschreiben Verhaltensprävention versucht individuelles Risikoverhalten zu ändern. Verhältnisprävention strebt eine Änderung der ökologischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Umweltbedingungen an.	2	1	
	zuordnen – Höhere Besteuerung ungesunder Lebensmittel, die viel Zucker und ungünstige Fette enthalten Verhältnisprävention: ökonomischer Anreiz – Nutri-Score: Farbige Kennzeichnung auf der Lebensmittel-Verpackung, die dem Verbraucher anzeigt, wie gesund die Nahrung ist Verhaltensprävention: edukative und regulative Maßnahme – Werbeverbot für ungesunde Produkte an Kinder Verhältnisprävention: regulative Maßnahme – Verpflichtende Standards in der Schulernährung Verhältnisprävention: regulative Maßnahme	2	2	

Aufg.	erwartete Leistungen	BE I	BE II	BE III
2.4	nennen Sechs Auswahlkriterien sind zu nennen, bspw.: – Das Gesundheitsproblem verursacht hohe Mortalität und Krankheitslast. – Das Gesundheitsproblem ist weit verbreitet. – Das Gesundheitsproblem verursacht hohe direkte Kosten. – Es bestehen hohe Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems. – Es gibt Instrumente und Verfahren zur Verbesserung des Problems. – Es gibt Akteure, mit denen das Gesundheitsziel umgesetzt werden kann. – Das Problem ist wichtig für die Bevölkerung und Politik. – Es bestehen gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit. – Fortschritte können gemessen werden. – Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten können aktiv zur Umsetzung des Gesundheitszieles beitragen. – Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor.	6		
2.5	beurteilen Zwei „neue“ Versorgungsformen sind hinsichtlich deren Eignung zur Zielerreichung zu beurteilen, bspw.: – Disease Management Programme (DMP) – Hausarztzentrierte Versorgung bzw. Hausarztmodell – Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – Integrierte Versorgung – VERAH/NäPa – Telemedizin Exemplarisch wird die Überprüfung für zwei der genannten Versorgungsformen durchgeführt: Disease Management Programme: – Disease Management ist ein systematischer und sektorenübergreifender Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patientinnen/Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien hinweg. Eine Steigerung der Behandlungsqualität ergibt sich bei DMP durch die verbesserte Koordination von Behandlungsabläufen bei Patientinnen und Patienten mit der chronischen Erkrankung Diabetes durch die Reduzierung von Doppeluntersuchungen bei Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie durch die Mitwirkungspflicht der Patientinnen und Patienten bei der Therapie (z.B. Umsetzung von Schulungswissen im Alltag). Zudem wird eine bessere Versorgung von Diabetes mellitus Patientinnen/Patienten gewährleistet, da die Behandlung bei DMP auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin erfolgt und eine stetige Evaluation der Wirksamkeit solcher Programme stattfindet. Den durch die verbesserte Versorgung reduzierten Kosten steht die Sonderzuweisung für DMP aus dem Gesundheitsfonds gegenüber.			5

Aufg.	**erwartete Leistungen**	**BE**		
		I	**II**	**III**
	Hausärztinnen- bzw. hausarztzentrierte Versorgung bzw. Hausärztinnen- bzw. Hausarztmodell: – Beim Hausärztinnen- bzw. Hausarztmodell liegt die Versorgung der Diabetes mellitus Patientinnen/Patienten primär in der Verantwortung der Hausärztin bzw. des Hausarztes. Das Hausärztinnen- bzw. Hausarztmodell verpflichtet die Patientin und den Patienten, bei gesundheitlichen Beschwerden als erstes die Hausärztin bzw. den Hausarzt aufzusuchen. Diese bzw. dieser nimmt eine Steuerungsfunktion wahr, d. h. sie/er allein ist autorisiert, die Patientin oder den Patienten gegebenenfalls an Fachärztinnen bzw. Fachärzte weiterzuleiten. Sie bzw. er erhält Zugriff auf alle Untersuchungsergebnisse und Befunddaten der Patientin oder des Patienten. Die Fachärztin bzw. der Facharzt ist verpflichtet, die Hausärztin bzw. den Hausarzt über die vorgenommene Behandlung zu unterrichten und die Patientin/den Patienten zur weiteren Behandlung an die Hausärztin bzw. den Hausarzt zurück zu überweisen. Durch die Bündelung der Patientendaten bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt, die bessere Koordination der Behandlung zwischen Haus- und Fachärztin bzw. -arzt und damit verbunden die verbesserte Beratung und Betreuung der Patientin bzw. des Patienten steigt die Versorgungsqualität. Zudem werden unnötige Doppeluntersuchungen vermieden.			5
	Summe 36	**17**	**9**	**10**

III Bewertung und Beurteilung

Die Bewertung und Beurteilung erfolgt unter Beachtung der nachfolgenden Vorgaben nach § 33 der Oberstufen- und Abiturverordnung (OAVO) in der jeweils geltenden Fassung. Bei der Bewertung und Beurteilung der sprachlichen Richtigkeit in der deutschen Sprache sind die Bestimmungen des § 9 Abs. 12 Satz 3 OAVO in Verbindung mit Anlage 9b anzuwenden.

Bei der Bewertung und Beurteilung der Übersetzungsleistung in den Fächern Latein und Altgriechisch sind die Bestimmungen des § 9 Abs. 14 OAVO in Verbindung mit Anlage 9c anzuwenden.

Der Fehlerindex ist nach Anlage 9b zu § 9 Abs. 12 OAVO zu berechnen. Für die Ermittlung der Punkte nach Anlage 9a zu § 9 Abs. 12 OAVO sowie Anlage 9c zu § 9 Abs. 14 OAVO wird jeweils der ganzzahlige nicht gerundete Prozentsatz bzw. Fehlerindex zugrunde gelegt.

Für die Bewertung in den modernen Fremdsprachen ist der „Erlass zur Bewertung und Beurteilung von schriftlichen Arbeiten in allen Grund- und Leistungskursen der neu beginnenden und fortgeführten modernen Fremdsprachen in der gymnasialen Oberstufe, dem beruflichen Gymnasium, dem Abendgymnasium und dem Hessenkolleg“ vom 7. August 2020 (ABl. S. 519) zugrunde zu legen. Demnach erfolgt die Bewertung und Beurteilung mit der Maßgabe, dass lediglich bei der Ermittlung des Prüfungsergebnisses (Note) aus Prüfungsteil 1 und 2 gerundet wird.

Darüber hinaus sind die Vorgaben der Erlasse „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen (Abiturerlass)“, „Hinweise zur Vorbereitung auf die schriftlichen Abiturprüfungen im beruflichen Gymnasium (fachrichtungs-/ schwerpunktbezogene Fächer) (Abiturerlass BG)“ und „Durchführungsbestimmungen zum Landesabitur“ in der für den Abiturjahrgang geltenden Fassung zu beachten.

Als Kriterien für die Bewertung und Beurteilung dienen unter Beachtung der Zielsetzung der gymnasialen Oberstufe nach § 1 Abs. 2 OAVO neben dem Inhaltlichen auch die in den Kerncurricula genannten überfachlichen Kompetenzen, insbesondere die Sprachkompetenz und Wissenschaftspropädeutik; dies zeigt sich u.a. in qualitativen Merkmalen wie Strukturierung, Differenziertheit, (fach-)sprachlicher Gestaltung und Schlüssigkeit der Argumentation.

Im Fach Gesundheitsökonomie besteht die Prüfungsleistung aus der Bearbeitung eines Vorschlags, wofür insgesamt maximal 100 BE vergeben werden können. Ein Prüfungsergebnis von **5 Punkten (ausreichend)** setzt voraus, dass mindestens 45% der zu vergebenden BE erreicht werden. Ein Prüfungsergebnis von **11 Punkten (gut)** setzt voraus, dass mindestens 75% der zu vergebenden BE erreicht werden.

Gewichtung der Aufgaben und Zuordnung der Bewertungseinheiten zu den Anforderungsbereichen

Aufgabe	Bewertungseinheiten in den Anforderungsbereichen			Summe
	AFB I	AFB II	AFB III	
1	11	33	20	**64**
2	17	9	10	**36**
Summe	**28**	**42**	**30**	**100**

Die auf die Anforderungsbereiche verteilten Bewertungseinheiten innerhalb der Aufgaben sind als Richtwerte zu verstehen.